

ESTE ES UN **FORMULARIO OBLIGATORIO** PARA CADA POSIBLE FAMILIA A TENER EN CUENTA PARA EL ALOJAMIENTO

PORTADA DE LA SOLICITUD

PRESENTACION DE SOLICITUDES:

- Dónde presentar las solicitudes (NO cobramos ni recaudamos tasas de tramitación de solicitudes):
 - Oficina de la propiedad o dirección postal:

St. Mary's Garden	Bancroft Senior
801 10 th Street	5636 Bancroft Ave
Oakland, CA 94607	Oakland, CA 94605
L-V 9: 00 a. m. a 4: 00 p. m	L-V 9: 00 a. m. a 4:00 p. m
 - Carga segura en línea: <https://www.cchnc.org/locations/st-marys-garden/>
 - **Fecha límite** para la presentación de solicitudes/Solicitudes con sello y franqueo postal: **Jueves, 16 de noviembre de 2023, 4: 00 p. m.**

REQUISITOS PARA LA SELECCION:

- En esta propiedad se dan las siguientes prioridades y preferencias:
 - solicitantes desplazados por alguna acción gubernamental o catástrofe declarada por el presidente.
- Requisitos de edad:
 - El jefe de familia, cónyuge, o subjefe debe tener 62 años o más, O
 - Mayores de 18 años y discapacitados, que necesiten elementos de accesibilidad en la unidad.
- Requisitos de ciudadanía
 - Al menos un miembro de la unidad familiar solicitante debe ser ciudadano o nacional de los Estados Unidos, o un no ciudadano elegible según la definición del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (Department of Housing and Urban Development, HUD) (Título 24, parte 5, subapartado E del Código de Regulaciones Federales).
- Todos los demás requisitos de elegibilidad específicos de los reguladores del financiamiento de la propiedad se pueden encontrar en los Criterios de Selección de Residentes/Plan de Selección de Inquilinos o en el Plan de Comercialización Completo.

NORMAS DE HABITABILIDAD:

- Tenemos una política general de al menos una persona por habitación y no más de dos personas por habitación más una:

Tamaño de la unidad	Mín	Máx	Tamaño de la unidad	Mín	Máx	Tamaño de la unidad	Mín	Máx
Estudio	1	2	1 Hab	1	3	2 Hab	2	5

INGRESOS Y ALQUILERES *(en vigor a partir del 15 may 2023, sujeto a cambios):*

- Objetivo de ingresos - No menos del 40 % de las unidades disponibles se arrendarán a familias con ingresos extremadamente bajos (30 %):

Renta o Ingreso Mediana(o) de la zona (Area Median Income, AMI) %	1 Persona	2 Personas
30 %	\$31,050	\$35,500
80 %	\$78,550	\$89,750

- Límites de ingresos - Bajos ingresos:
- Restricciones al alquiler - Las familias pagan el 30 % de los ingresos mensuales ajustados¹, el 10 % de los ingresos mensuales, el alquiler de la asistencia social o la ayuda de la asistencia social por parte de un organismo que ayuda a la familia a pagar los gastos de vivienda, o un alquiler mínimo de 25 dólares, el más alto de estos importes.

¹Si el alquiler calculado supera el alquiler del contrato, las familias no podrán optar a una vivienda, aunque estén por debajo del límite de ingresos del 80 %.

NORMAS DE CONTROL:

- Verificación de crédito - No verificamos los registros de crédito o de cobro.
- Comprobación del historial de pago de alquileres - Verificamos 2 años de historial residencial.
- Investigación de antecedentes penales - Esta propiedad está sujeta a la Ordenanza de Acceso Justo a la Vivienda de la Ciudad de Oakland - véase el Aviso a Solicitantes e Inquilinos adjunto.
- Fumar - Todos los miembros de la familia deben estar dispuestos a cumplir nuestra política de no fumar.



ELIGIBILIDAD
SOLICITUD DE LOTERÍA/LISTA DE
ESPERA/SOLICITUD DE INTERÉS

ESTE ES UN **FORMULARIO OBLIGATORIO** PARA CADA POSIBLE FAMILIA A TENER EN CUENTA PARA EL ALOJAMIENTO

Esta página se ha dejado en blanco intencionalmente para imprimirla por las
dos caras



Our quality, affordable housing properties in caring communities do not discriminate on the basis of race, color, religion, sex, disability, familial status, national origin, marital status, ancestry, source of income, age, medical condition (cancer/genetic characteristics), creed, Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), or AIDS related conditions (ARC), sexual orientation, gender, gender identity, gender expression, genetic information, citizenship, immigration status, primary language spoken, any arbitrary basis or any other basis protected by federal, state, or local law.

EL SOLICITANTE CONSERVA ESTA PÁGINA

PAGE 2 OF 8

SOLICITUD DE AVISOS DE VIVIENDA - EL SOLICITANTE DEBE CONSERVAR

AVISO: Derecho a recibir servicios gratuitos de intérprete
Por favor, notifique al Propietario/Agente de la Administración si necesita asistencia lingüística.

La política de los edificios gestionados por CCH es tomar medidas razonables para proporcionar un acceso significativo a las personas con dominio limitado del inglés (Limited English Proficient, LEP). Esta política tiene por objeto garantizar que el idioma no impida al personal comunicarse eficazmente con las personas con LEP y garantizar la seguridad y el orden en las operaciones, programas, reuniones, actos o actividades, así como la comprensión de las normas, reglamentos e información.

إشعار - الحق في الحصول على خدمات مترجم شفوي مجاناً
الرجاء إبلاغ مَدْر المبنى إذا كنت بحاجة إلى مساعدة لغوية

通告 - 有權獲得免費的翻譯服務
如果你需要語言協助請通知大廈經理

주의 사항 - 마우스 오른쪽 단추로 무료 통역 서비스를 받을 수
당신은 언어의 도움이 필요하면 건물 관리자를 알려 주시기 바랍니다.

ВНИМАНИЕ - Право на получение бесплатно услуги переводчика
Пожалуйста, сообщите управдом, если вы нуждаетесь в помощи языка.

AVISO - Derecho a recibir servicios gratis de interpretación
Por favor notifique al gerente del edificio si usted necesita ayuda con el idioma.

PAUNAWA - Kanan upang Tumanggap ng Libreng interpreter Serbisyo
Mangyaring i-notify gusali manager kung kailangan mo ng tulong wika.

THÔNG BÁO - Ngay để nhận miễn phí dịch vụ thông dịch
Xin vui lòng thông báo cho người quản lý tòa nhà nếu bạn cần hỗ trợ ngôn ngữ.

AVISO: Derecho a adaptaciones o modificaciones razonables
Si tiene una discapacidad y como consecuencia de ella necesita...

- Un cambio en las normas o políticas o en la forma de hacer las cosas que le ofrezca las mismas oportunidades de utilizar y disfrutar de las viviendas e instalaciones de esta urbanización o de participar en los programas de la misma,
- Un cambio o reparación en su vivienda o en un tipo especial de vivienda que le ofrezca igualdad de oportunidades para utilizar y disfrutar de las viviendas e instalaciones de esta urbanización o participar en los programas de la misma.
- Un cambio o reparación en alguna otra parte de la urbanización que le ofrezca las mismas oportunidades de utilizar y disfrutar de las viviendas e instalaciones de esta urbanización o de participar en los programas de la misma.

Si puede demostrar que tiene una discapacidad y si su petición es razonable (no supone una carga financiera o administrativa excesiva - no es demasiado cara ni difícil de organizar), intentaremos hacer los cambios que solicite.

NOTA: Toda la información que nos facilite será confidencial y se utilizará únicamente para ayudarle a tener las mismas oportunidades de utilizar y disfrutar de su vivienda y de las zonas comunes.

SECCIÓN 504 DECLARACIÓN DE IGUALDAD DE ACCESO - EL SOLICITANTE DEBE CONSERVAR

Para las personas con movilidad reducida, este documento se conserva en la oficina de la Administración, en la siguiente dirección:

_____ ; _____, CA. Los documentos pueden examinarse de lunes a viernes de 9:00 a. m. a 5:00 p. m. Debe llamar por teléfono para planificar el examen de este documento. Llame al (____) _____ y los usuarios de **TDD** pueden llamar al (____) _____.

En el caso de las personas con problemas de visión, se pondrá a su disposición un empleado que les ayude a revisar este documento. La asistencia puede incluir: la descripción del contenido del documento, la lectura del documento o de secciones del documento, o la prestación de cualquier otro tipo de asistencia que pueda ser necesaria para permitir que el contenido del documento se comunique a la persona con deficiencias visuales.

Las personas con deficiencias auditivas recibirán ayuda para revisar este documento. La asistencia puede incluir la puesta a disposición de un intérprete calificado en un horario conveniente tanto para la Propiedad como para la persona con discapacidad. Llame al TTY 711 de retransmisión nacional para concertar una cita.

La asistencia para garantizar la igualdad de acceso a este documento se prestará de manera y en un entorno confidenciales. La persona con discapacidad es responsable de proporcionar su propio transporte de ida y vuelta al lugar donde se guarda este documento.

Si una persona con discapacidad está involucrada, todas las audiencias o reuniones requeridas por este documento se llevarán a cabo en un lugar accesible con la asistencia adecuada.

POLÍTICA DE NO DISCRIMINACIÓN POR CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD

La Administración no discrimina por razón de discapacidad en la admisión o el acceso a la vivienda, los servicios, el tratamiento o el empleo en sus programas o actividades subvencionados con fondos federales.

El Coordinador de la Sección 504 que ha sido designado para coordinar el cumplimiento de los requisitos de no discriminación contenidos en la normativa del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano por la que se aplica la Sección 504 (Título 24 del Código de Reglamentos Federales, Parte 8, de fecha 2 de junio de 1988).

**Coordinador de la Sección 504
1855 Olympic Boulevard; N.º 300
Walnut Creek, CA 94596
Teléfono: (510) 632-6712
TTY 711**

ELIGIBILIDAD

SOLICITUD DE LOTERÍA/LISTA DE ESPERA/SOLICITUD DE INTERÉS

ESTE ES UN **FORMULARIO OBLIGATORIO** PARA CADA POSIBLE FAMILIA A TENER EN CUENTA PARA EL ALOJAMIENTO

Nombre de la propiedad: _____ Dirección de la propiedad: _____ Ciudad/estado/código postal: _____ Número de teléfono: _____	ÚNICAMENTE PARA USO DE LA OFICINA: Fecha de recepción: _____ Hora de recepción: _____ Recibido por: _____
--	---

GUÍA DE PRESENTACIÓN DE LA SOLICITUD

Esta solicitud debe rellenarse en inglés (existen versiones traducidas disponibles previa solicitud y de acuerdo con nuestro Plan de acceso lingüístico para personas con inglés limitado) y en **tinta azul**. Todas las secciones deben completarse en su totalidad, si una sección o área no aplica, por favor escriba "N/A".

SECCIÓN A: ¿CÓMO SE ENTERÓ DE NOSOTROS?

Señalización de la propiedad	Cadena de TV, lista:
Periódico, dónde:	Folleto/volante
Estación de Radio, lista:	Otros, lista:

SECCIÓN B: INFORMACIÓN SOBRE EL JEFE DE FAMILIA (HEAD OF HOUSEHOLD, HOH)

Rellene toda la información relativa a usted, el Jefe de familia (HOH)

1a Nombre y dirección	1b Información personal
Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____ Número de teléfono, tipo de teléfono (casa, móvil, etc.) _____ Dirección postal actual, Apto., ciudad, estado y código postal _____ Dirección en la que vive (si es diferente de la anterior) _____	Número del Seguro Social _____ Fecha de nacimiento _____ Género <input type="checkbox"/> M- Masculino <input type="checkbox"/> F- Femenino <input type="checkbox"/> O- Otro _____ Etnia <input type="checkbox"/> H- Hispano <input type="checkbox"/> NH- No Hispano <input type="checkbox"/> D- Se niega a informar raza; <input type="checkbox"/> W- Blanca <input type="checkbox"/> B- Negra/Africano Americano. <input type="checkbox"/> AI- Amerindio/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> A- Asiático <input type="checkbox"/> P- Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> O- Otra <input type="checkbox"/> D- Se niega a informar
1c Información de contacto adicional a _____ Nombre, parentesco, número de teléfono b _____ Nombre, parentesco, número de teléfono	Estudiante <input type="checkbox"/> F- A tiempo completo <input type="checkbox"/> P- A tiempo parcial <input type="checkbox"/> N/A Estado civil <input type="checkbox"/> S- Soltero <input type="checkbox"/> M- Casado <input type="checkbox"/> D- Divorciado <input type="checkbox"/> O- Otro _____
1d ¿Idioma(s) que se habla(n) en casa? _____	¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO



Our quality, affordable housing properties in caring communities do not discriminate on the basis of race, color, religion, sex, disability, familial status, national origin, marital status, ancestry, source of income, age, medical condition (cancer/genetic characteristics), creed, Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), or AIDS related conditions (ARC), sexual orientation, gender, gender identity, gender expression, genetic information, citizenship, immigration status, primary language spoken, any arbitrary basis or any other basis protected by federal, state, or local law.

ELIGIBILIDAD

SOLICITUD DE LOTERÍA/LISTA DE ESPERA/SOLICITUD DE INTERÉS

ESTE ES UN **FORMULARIO OBLIGATORIO** PARA CADA POSIBLE FAMILIA A TENER EN CUENTA PARA EL ALOJAMIENTO

SECCIÓN C - OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA (no incluya al jefe de familia)

Enumere todas las personas que vivirán con usted. Para su Sexo, Raza, Etnia, Condición de Estudiante, Estado Civil, utilice las letras de la sección B-2 (Información Personal del HOH).

N.º	Nombre completo	Parentesco con el jefe de la familia	Fecha de nacimiento	Número del Seguro Social	Género	Etnia	Raza	Estudiante	Estado civil
2									
3									
4									
5									

¿Hay un asistente personal que vaya a residir en la unidad? No Sí, (en caso afirmativo, responda las siguientes preguntas)

L	Asistente domiciliario								
---	------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

Se requiere una prueba de la necesidad de un asistente domiciliario durante la certificación de elegibilidad a través del proceso de ajustes razonables. El ayudante interno debe mostrar prueba de tarjeta de identificación, número de seguridad social, y se procesará una verificación de antecedentes.

¿Prevé un cambio en la composición de su hogar en los próximos doce (12) meses? No Sí

En caso afirmativo, explique:

SECCIÓN D - CONDICIÓN DE DISCAPACIDAD (Si procede)

No es necesario que nos facilite detalles sobre su discapacidad, a menos que solicite un alojamiento o una unidad con características diseñadas para personas discapacitadas.

a	¿Usted o alguno de los miembros que figuran en el apartado C afirma tener una discapacidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	b	¿Necesita usted o algún miembro una unidad/ubicación diseñada específicamente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
c	¿Necesita usted o algún miembro una unidad accesible para sillas de ruedas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	d	¿Necesita usted o algún miembro una unidad equipada para la visión/audición?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
e	¿Tiene un animal de servicio, de asistencia o de compañía?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si ha respondido sí a alguna de las preguntas anteriores, explique:

SECCIÓN J: INFORMACIÓN ADICIONAL

Responda a todas las preguntas relacionadas con las preferencias y los controles.

a	¿Afirma tener alguna preferencia? En caso afirmativo, explique:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
b	¿Está usted o alguien de su familia incluido en un registro nacional o estatal de delincuentes sexuales de por vida? En caso afirmativo, ¿dónde?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
c	¿Algún miembro afirma ser militar o veterano? En caso afirmativo, ¿quién?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO



Our quality, affordable housing properties in caring communities do not discriminate on the basis of race, color, religion, sex, disability, familial status, national origin, marital status, ancestry, source of income, age, medical condition (cancer/genetic characteristics), creed, Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), or AIDS related conditions (ARC), sexual orientation, gender, gender identity, gender expression, genetic information, citizenship, immigration status, primary language spoken, any arbitrary basis or any other basis protected by federal, state, or local law.

ELIGIBILIDAD

SOLICITUD DE LOTERÍA/LISTA DE ESPERA/SOLICITUD DE INTERÉS

ESTE ES UN **FORMULARIO OBLIGATORIO** PARA CADA POSIBLE FAMILIA A TENER EN CUENTA PARA EL ALOJAMIENTO

SECCION G – INGRESOS DEL HOGAR

Indique **TODOS LOS INGRESOS** de la unidad familiar (todos los miembros); puede hacer una estimación; indique los ingresos brutos antes de que se produzcan deducciones o embargos.

a	¿Algún miembro de su hogar percibe ingresos por su trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	En caso afirmativo, complete la sección a continuación. En caso contrario, trace una línea en esta sección.			
ASIMISMO,	Tipo de trabajo _____	Horas /Semana _____	Tarifa de pago /Hora _____	Pago mensual _____
II	Tipo de trabajo _____	Horas /Semana _____	Tarifa de pago /Hora _____	Pago mensual _____
III	Tipo de trabajo _____	Horas /Semana _____	Tarifa de pago /Hora _____	Pago mensual _____
IV	Tipo de trabajo _____	Horas /Semana _____	Tarifa de pago /Hora _____	Pago mensual _____
b	Indique el importe mensual de los ingresos no salariales/de ayuda económica de TODA la familia. Si su familia no tiene ingresos procedentes de las fuentes enumeradas, indique cero o "N/A".			
	Seguridad social _____ /mes	Desempleo _____ /mes	AFDC _____ /mes	
	SSI/SDI _____ /mes	GA _____ /mes	Otra asistencia _____ /mes	
	Otro _____ /mes	Describe:		
c	Seleccione el INGRESO ANUAL TOTAL DEL HOGAR (estimado a partir de todas las fuentes) y marque una de las casillas junto a los rangos disponibles a continuación.			
	<input type="checkbox"/> Ingreso cero	<input type="checkbox"/> \$0 - \$5,000	<input type="checkbox"/> \$5,001 - \$10,000	<input type="checkbox"/> \$10,001 - \$20,000
	<input type="checkbox"/> \$20,001 - \$30,000	<input type="checkbox"/> \$30,001 - \$40,000	<input type="checkbox"/> \$40,001 - \$50,000	<input type="checkbox"/> Más de \$50,000

SECCION H – ACTIVOS DEL HOGAR

Indique la información relativa a **TODOS LOS ACTIVOS** de la unidad familiar (todos los miembros); puede hacer una estimación.

a	¿Algún miembro de su hogar posee o mantiene un activo o una cuenta de activos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	En caso afirmativo, complete la sección a continuación. En caso contrario, trace una línea en esta sección.			
ASIMISMO,	Descripción del activo N.º1:			Centrado en Número
II	Descripción del activo N.º2:			Centrado en Número
III	Descripción del activo N.º3:			Centrado en Número
IV	Descripción del activo N.º4:			Centrado en Número
V	Descripción del activo N.º5:			Centrado en Número
b	Seleccione el TOTAL DE LOS ACTIVOS DEL HOGAR (estimados a partir de todas las fuentes) y marque una de las casillas situadas junto a los rangos disponibles a continuación.			
c	¿Usted o algún miembro de su hogar posee algún otro activo?	<input type="checkbox"/> SÍ	Actual Valor	Centrado en Número
		<input type="checkbox"/> NO		



Our quality, affordable housing properties in caring communities do not discriminate on the basis of race, color, religion, sex, disability, familial status, national origin, marital status, ancestry, source of income, age, medical condition (cancer/genetic characteristics), creed, Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), or AIDS related conditions (ARC), sexual orientation, gender, gender identity, gender expression, genetic information, citizenship, immigration status, primary language spoken, any arbitrary basis or any other basis protected by federal, state, or local law.

ELIGIBILIDAD

SOLICITUD DE LOTERÍA/LISTA DE ESPERA/SOLICITUD DE INTERÉS

ESTE ES UN **FORMULARIO OBLIGATORIO** PARA CADA POSIBLE FAMILIA A TENER EN CUENTA PARA EL ALOJAMIENTO

SECCIÓN K: CERTIFICACIÓN FINANCIERA

Al firmar a continuación, cada miembro adulto del hogar (mayor de 18 años) certifica las siguientes declaraciones.

a	Si mi/nuestra solicitud es aprobada y la mudanza-se produce, certificamos que sólo las personas que figuran en esta solicitud ocuparán el apartamento, no mantendremos ningún otro lugar de residencia, y no hay otras personas para las que tengamos o esperemos tener la responsabilidad de proporcionar vivienda.																
b	Yo/nosotros entiendo/entendemos que la información recogida en la Solicitud de alojamiento es para determinar mi/nuestra elegibilidad para la residencia.																
c	Yo/nosotros autorizo/autorizamos al propietario, a sus agentes y empleados a realizar todas las consultas legales para verificar la información, ya sea directamente o a través de la información intercambiada ahora o más tarde con servicios de alquiler, o de verificación de crédito, o con organismos encargados de hacer cumplir la ley u otros organismos públicos, y a ponerse en contacto con propietarios anteriores o actuales o con otras fuentes de información crediticia o de verificación que puedan ser dadas a conocer por los organismos federales, estatales o locales apropiados, o por personas privadas a la Administración.																
d	Yo/nosotros autorizo/autorizamos al propietario, a sus agentes y empleados a obtener uno o más informes de consumidores tal como se define en la Ley de Información Crediticia Justa, Título 15 del Código de los Estados Unidos, Sección 1681a(d), en busca de información sobre nuestra solvencia, situación crediticia, capacidad crediticia, carácter, reputación general, características personales o modo de vida.																
e	Yo/nosotros entiendo/entendemos que, de acuerdo con el Artículo 49 del Código de Policía de San Francisco "Ordenanza de Oportunidad Justa" si soy considerado elegible para vivienda, autorizo/autorizamos al propietario, sus agentes y empleados a obtener información sobre mis/nuestros antecedentes penales para ver si hay algún antecedente penal descalificador, que pueda afectarme/afectarnos para mudarnos a la propiedad, en cumplimiento con el Criterio de Selección de Residentes.																
f	Además, entiendo que el propietario no preguntó ni me exigió le proporcione nada sobre mi historial de arrestos o condenas anteriores y me ha proporcionado una copia de cualquier aviso de la Ordenanza de Oportunidad Justa - como suplemento a esta Solicitud de Vivienda.																
g	Certifico/certificamos que las declaraciones hechas en esta solicitud son verdaderas y completas a mi/nuestro leal saber y entender.																
h	Yo/nosotros entiendo/entendemos que las declaraciones/informaciones falsas me/nos considerarán inelegible(s), o rescindirán el contrato de alquiler.																
i	Entiendo/entendemos que debemos notificar por escrito cualquier cambio en la información de este formulario.																
j	Entiendo/entendemos que seremos inscritos en una(s) lista(s) de espera en función del tamaño de nuestra unidad familiar y de acuerdo con los criterios de selección de residentes/plan de selección de inquilinos. Por ejemplo, un hogar de 1 persona se incluirá en la lista de espera de un estudio y un dormitorio o el de 2 personas en la de uno y dos dormitorios.																
k	Asimismo, acepto/aceptamos que esta solicitud no constituye ningún compromiso oral o escrito por parte del Propietario o del agente de la Administración.																
l	Yo/nosotros entiendo/entendemos que cualquier pregunta o consulta sobre el tratamiento del solicitante en relación con la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 debe dirigirse por correo al Coordinador CC 504; 1855 Olympic Boulevard, Suite 300; Walnut Creek, CA 94596-5019; (510) 632 - 6712; TTY a través del servicio 711 de Retransmisión Nacional.																
m	Las firmas que figuran a continuación certifican que toda la información presentada es verdadera y exacta a su leal saber y entender																
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%; border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Firma del jefe de la familia</td> <td style="font-size: small;">Fecha (dd/mm/aaaa)</td> <td style="font-size: small;">Firma del solicitante N.º3</td> <td style="font-size: small;">Fecha (dd/mm/aaaa)</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="font-size: small;">Firma del subjefe o esposo</td> <td style="font-size: small;">Fecha (dd/mm/aaaa)</td> <td style="font-size: small;">Firma del solicitante N.º4</td> <td style="font-size: small;">Fecha (dd/mm/aaaa)</td> </tr> </table>					Firma del jefe de la familia	Fecha (dd/mm/aaaa)	Firma del solicitante N.º3	Fecha (dd/mm/aaaa)					Firma del subjefe o esposo	Fecha (dd/mm/aaaa)	Firma del solicitante N.º4	Fecha (dd/mm/aaaa)
Firma del jefe de la familia	Fecha (dd/mm/aaaa)	Firma del solicitante N.º3	Fecha (dd/mm/aaaa)														
Firma del subjefe o esposo	Fecha (dd/mm/aaaa)	Firma del solicitante N.º4	Fecha (dd/mm/aaaa)														

SANCIONES POR USO INDEBIDO DE ESTE CONSENTIMIENTO: El Título 18, Sección 1001 del Código de los Estados Unidos establece que una persona es culpable de un delito grave por hacer declaraciones falsas o fraudulentas a sabiendas y voluntariamente a cualquier Departamento del Gobierno de los Estados Unidos. El HUD y cualquier propietario (o cualquier empleado del HUD o del propietario) pueden ser objeto de sanciones por divulgación no autorizada o uso indebido de la información recopilada sobre la base del formulario de consentimiento. El uso de la información recopilada a partir de este formulario de verificación está restringido a los fines citados anteriormente. Toda persona que, a sabiendas o voluntariamente, solicite, obtenga o divulgue cualquier información de forma fraudulenta sobre un solicitante o participante puede ser objeto de un delito menor y ser multada con un máximo de \$5.000. Todo solicitante o participante afectado por la divulgación negligente de información podrá iniciar una acción civil por daños y perjuicios, y solicitar otras acciones, según corresponda, contra el funcionario o empleado del HUD o el propietario responsable de la divulgación no autorizada o el uso indebido. Las disposiciones sancionadoras por uso indebido del número de la Seguridad Social figuran en la **Ley de la Seguridad Social, en los apartados 6, 7 y 8 de su artículo 208 (a). La infracción de estas disposiciones se cita como violación del Título 42 del Código de los EE.UU. artículos 408 (a) (6), (7) y (8).



Our quality, affordable housing properties in caring communities do not discriminate on the basis of race, color, religion, sex, disability, familial status, national origin, marital status, ancestry, source of income, age, medical condition (cancer/genetic characteristics), creed, Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS), or AIDS related conditions (ARC), sexual orientation, gender, gender identity, gender expression, genetic information, citizenship, immigration status, primary language spoken, any arbitrary basis or any other basis protected by federal, state, or local law.

COMPLEMENTOS DE LA SOLICITUD

Instrucciones: Persona u organización de contacto opcional. Usted tiene derecho por ley a incluir, como parte de su solicitud de vivienda, el nombre, la dirección, el número de teléfono y otra información pertinente de un familiar, amigo u organización social, sanitaria, de defensa u otra. Esta información de contacto tiene por objeto identificar a una persona u organización que pueda ayudarle a resolver cualquier problema que pueda surgir durante su arrendamiento o a proporcionarle los cuidados o servicios especiales que pueda necesitar. **Puede actualizar, eliminar o modificar la información que facilite en este formulario en cualquier momento.** No está obligado a facilitar esta información de contacto, pero si decide hacerlo, incluya los datos pertinentes en este formulario.

Nombre del solicitante:	
Dirección postal:	
N.º de teléfono:	N.º de celular:
Nombre de la persona u organización de contacto adicional:	
Dirección:	
N.º de teléfono:	N.º de celular:
Dirección de correo electrónico (si procede):	
Relación con el solicitante:	
Motivo del contacto: (Marque todas las opciones que correspondan)	
<input type="checkbox"/> Ayuda de emergencia	<input type="checkbox"/> en el proceso de recertificación
<input type="checkbox"/> Imposibilidad de contactar con usted	<input type="checkbox"/> Cambio en las condiciones de alquiler
<input type="checkbox"/> Finalización de la ayuda al alquiler	<input type="checkbox"/> Cambio en las normas de la vivienda
<input type="checkbox"/> Desalojo de la vivienda	<input type="checkbox"/> Otros: _____
<input type="checkbox"/> Pago tardío del alquiler	
Compromiso de la Autoridad de Vivienda o del Propietario: Si le aprueban la vivienda, esta información se conservará como parte de su expediente de inquilino. Si surgen problemas durante su alquiler o si necesita algún servicio o atención especial, podemos ponernos en contacto con la persona u organización que haya indicado para que nos ayude a resolver los problemas o a prestarle algún servicio o atención especial.	
Declaración de confidencialidad: La información facilitada en este formulario es confidencial y no se revelará a nadie, salvo en la medida en que lo permita el solicitante o la legislación vigente.	
Notificación legal: El artículo 644 de la Ley de Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1992 (Ley Pública 102-550, aprobada el 28 de octubre de 1992) exige que se ofrezca a cada solicitante de una vivienda subvencionada con fondos federales la opción de facilitar información relativa a una persona u organización de contacto adicional. Al aceptar la solicitud del solicitante, el proveedor de la vivienda se compromete a cumplir los requisitos de no discriminación e igualdad de oportunidades del 24 CFR sección 5.105, incluidas las prohibiciones de discriminación en la admisión o participación en programas de vivienda con asistencia federal por motivos de raza, color, religión, origen nacional, sexo, discapacidad y situación familiar en virtud de la Ley de Vivienda Justa, y la prohibición de discriminación por edad en virtud de la Ley de Discriminación por Edad de 1975.	

Marque esta casilla si usted decidió **NO** facilitar la información de contacto.

Firma del solicitante	Fecha
------------------------------	--------------

Los requisitos de recopilación de información contenidos en este formulario se presentaron a la Oficina de Gestión y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB) de conformidad con la Ley de Reducción de Trámites (Paperwork Reduction Act) de 1995 (44 U.S.C. 3501- 3520). La carga que supone para los informadores públicos se estima en 15 minutos por respuesta, incluido el tiempo necesario para revisar las instrucciones, buscar en las fuentes de datos existentes, recopilar y mantener los datos necesarios, y completar y revisar la recopilación de información. El artículo 644 de la Ley de Vivienda y Desarrollo Comunitario de 1992 (42 U.S.C. 13604) impuso al HUD la obligación de exigir a los proveedores de viviendas que participan en los programas de vivienda asistida del HUD que proporcionen a cualquier persona o familia que solicite ocupar una vivienda asistida por el HUD la opción de incluir en la solicitud de ocupación el nombre, la dirección, el número de teléfono y otra información pertinente de un familiar, amigo o persona asociada a una organización social, sanitaria, de defensa o similar. El objetivo de proporcionar dicha información es facilitar el contacto del proveedor de vivienda con la persona u organización identificada por el inquilino para ayudar en la prestación de cualquier servicio o atención especial al inquilino y ayudar en la resolución de cualquier problema relacionado con la vivienda que surja durante el arrendamiento de dicho inquilino. Esta información adicional a la solicitud debe ser conservada por el proveedor de vivienda y mantenida como información confidencial. Proporcionar la información es esencial para el funcionamiento del Programa de Viviendas Asistidas del HUD y es voluntario. Respaldar los requisitos legales y los controles de programas y gestión que impiden el fraude, el despilfarro y la mala gestión. De acuerdo con la Ley de Reducción de Trámites, un organismo no puede llevar a cabo ni patrocinar una recopilación de información, y una persona no está obligada a responder a ella, a menos que dicha recopilación muestre un número de control de la Oficina de Gestión y Presupuesto (Office of Management and Budget, OMB) actualmente válido.

Declaración de privacidad: La Ley Pública 102-550, autoriza al Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) a recopilar toda la información (excepto el número de la Seguridad Social (SSN)) que utilizará el HUD para proteger los datos de desembolso de acciones fraudulentas..

Solo por referencia